

# Nuovi consumi e adeguamento del sistema di intervento

## **Da dove veniamo ?**

Negli anni '80 e nei primi anni '90 il mercato della droga era molto arretrato e funzionava come funzionava il singolo dettagliante per le massaie: il rapporto che legava il singolo spacciatore al singolo cliente (generalmente un tossicomane) era molto stretto, il mercato si svolgeva in luoghi circoscritti e ben delimitati (la piazza), i confini tra il legale e l'illegale erano ben evidenti.

... a quei tempi la risposta dei Servizi doveva essere soprattutto *visibile* : era normale che chi si era, una volta, trovato in piazza si ritrovasse al Ser.T; operatori e utenti spesso avevano basi socio-culturali comuni e *condividevano spazi* di territorio, chi non ce la faceva, infatti, era normale che andasse ... altrove, lontano, in comunità ma in *comunità distanti* mentre la territorialità del Ser.T era la stessa della vita con la droga.

A questo punto successe qualcosa di semplice: il mercato della droga accelerò una sua evoluzione per diventare come gli altri mercati; l'intervento antidroga non repressivo (basato su Ser.T e Comunità) rimase essenzialmente quello che era; il livello programmatico del settore (che essenzialmente coincideva con un livello politico) rimase ancorato a vecchi concetti.

## **Dove siamo ?**

Per rendersi conto in modo sintetico dell'evoluzione, ormai avvenuta, potremmo dire che il nuovo mercato della droga vende con strategie e tecnologie globalizzate da "grande distribuzione". La sua organizzazione, inoltre, appare più evoluta della "grande distribuzione" stessa avendo mutuato alcune caratteristiche e concetti fondamentali dalla "Rete delle reti" e, cioè, da Internet. Il nuovo mercato, quindi, non è semplicemente l'evoluzione del vecchio ma qualcosa di più visto che, ad esempio, è in grado di contenere in modo compatibile e interattivo modi operativi arcaici assieme ad altri avanzati.

Non sembra esistere, infatti, un vero e proprio controllo del mercato e della rete di vendita in senso stretto, univoco, piramidale e verticistico. Esiste, piuttosto, una standardizzazione di protocolli di comunicazione, di regole di interazione, di modulazione di flussi di scambio, di costruzione di dorsali di traffico, e di definizione di punti di accesso ad sistema molto aperto cui è possibile agganciarsi in modo individuale o organizzato diventando di volta in volta clienti ma anche componenti della rete stessa a diverso livello. Ciò che importa, quindi, è favorire lo scambio rapido di idee, merci, individui, organizzazioni e soldi permettendo ad un numero più ampio di interlocutori di accedere alla rete in modo dinamico per "fare impresa".

La rete di vendita è, inoltre, "Fault-tolerant". In termini informatici ciò descrive un sistema progettato in modo che, nel momento in cui un componente non è in grado di funzionare, ne subentra un altro di backup o una procedura tale da rimpiazzarlo senza che ci sia una perdita di servizio.

Tutto ciò, tra l'altro, è compatibile con la più moderna – e pericolosa – forma di impresa mafiosa, quella definibile come "legale-illegale" che, come ha sostenuto Piero Luigi VIGNA su *Per Aspera ad Veritatem* (n. 19 -2001) "è un'impresa nata come legittima, ma che, ad un certo momento del suo

percorso, entra in affari o meglio in rapporti di cointeressenza e di compartecipazione con la mafia ed i suoi capitali”.

## ***Dove andiamo ?***

Un mercato costruito in modo così plastico diventa particolarmente dinamico ed ha la necessità di creare volumi di traffico sempre in crescita per generare rapidamente nuova domanda: più che al tossicomane in senso stretto, quindi, è interessato al consumatore in senso ampio.

Con ragionevole certezza possiamo, pertanto, individuare un futuro prossimo (che in alcune zone del nostro Paese è già una realtà) in cui:

- le droghe sono prodotti che si vendono indirettamente o direttamente assieme ad altri prodotti (generalmente leciti) partecipando ad un “format esteso” che condiziona determinati consumi in determinate situazioni
- ciò che si venderà, più che la sostanza in sé, sarà ciò che questa è in grado di rappresentare all’interno di un determinato format (sballo, prestazione, alterazione, socializzazione, trend culturale) aprendo, tra l’altro, una contiguità tra sostanza lecita o illecita che già oggi è evidente
- attorno a quadri di consumo classici e stabili ne nasceranno altri “di tendenza” con una rapidità molto maggiore rispetto a quella cui siamo abituati
- i prodotti saranno sempre più vari, di buona qualità (rispetto all’uso che ne deve essere fatto !) e di prezzo contenuto
- la distribuzione seguirà sempre più canali differenziati
- aumenterà il rispetto per la privacy del cliente: già oggi vendita e consumo (generalmente) sono diventati meno visibili
- chi usa droga ed anche chi la vende al consumatore finale non sarà più necessariamente (o evidentemente) vicino alla devianza, all’emarginazione, alla criminalità
- alcuni Paesi che stanno entrando o sono appena entrati in Europa e nei quali sono presenti modelli di consumo tipici dei nostri anni ’80 verranno gradualmente ma rapidamente adeguati alla tendenza generale; probabilmente new & old economy della droga continueranno a convivere ed a contaminarsi tra loro

Il tutto sarà caratterizzato dall’imprevedibilità nel caso in cui le analisi della situazione continuassero ad essere fatte secondo i paradigmi classici senza tener conto del quadro generale e, soprattutto, osservando la realtà dall’interno dell’attuale sistema di intervento che, ormai, è in grado di interfacciare solo una parte minoritaria dei fenomeni e, più precisamente, quelli per cui è stato originariamente costituito.

## **MIND THE GAP!**

“Mind the gap!” è un avvertimento frequente nella rete metropolitana di Londra dove treni di diverso tipo devono aver a che fare con stazioni costruite in epoche diverse. Il passeggero, preso dalla fretta e dalle sue incombenze, rischia di cadere a causa dello spazio e dello slivellamento (GAP) che c’è tra il treno e la banchina delle stazioni. Sembra pertanto utile, per evitare analoghe cadute, esaminare il GAP attualmente presente tra l’attuale sistema di intervento ed il mercato della droga. Naturalmente in luoghi diversi ed in presenza di diverse organizzazioni il GAP può sembrare o essere differente ma ... è proprio questa una delle ragioni per cui si rischia di cadere! Sembra un paragone improponibile ma appare realistico nel momento in cui consideriamo che sistema di intervento e mercato della droga dovrebbero rivolgersi, potenzialmente, agli stessi clienti.

**Osserviamo la tabella:**

| <b>Mercato della droga</b>   | <b>Sistema di intervento</b>  |
|--|---|
| <b>Si rivolge a tutta la popolazione anche attraverso una presenza diffusa di promoter: è sempre più presente in tutte le situazioni in cui il cliente potrebbe averne bisogno</b> | <b>Generalmente è cercato dal cliente quando ha una situazione critica ma difficilmente è presente quando una situazione critica si manifesta</b> |
| <b>Si adatta alle esigenze dei clienti più di quanto richieda loro di adattarsi</b>  | <b>Il cliente deve adattarsi alle esigenze del sistema</b>  |
| <b>Grande accessibilità e varietà dei prodotti</b>   | <b>Prodotti poco conosciuti e relativamente poco variegati</b>  |
| <b>Sempre maggior compatibilità del sistema distributivo con il territorio</b>   | <b>Poco compatibile con le esigenze del territorio</b>  |
| <b>Sempre più riservato e “invisibile”</b>   | <b>Poco compatibile con esigenze di riservatezza</b>  |
| <b>Risorse illimitate</b>  | <b>Risorse sempre più limitate</b>  |

## ***L'adeguamento del sistema di intervento***

### **Scelta obbligata o necessità ?**

Il nostro sistema è nato, in circa trent'anni, per affrontare fenomeni essenzialmente statici connessi con la tossicodipendenza da eroina. In queste situazioni mantiene una discreta efficienza collegata con una grande esperienza che permea il lavoro delle diverse unità che ne fanno parte. Osservando i dati generali dell'utenza si potrebbe anche dire che questi fenomeni sembrano accompagnare una fascia generazionale (abbastanza ampia) che è in invecchiamento e costituisce il "nocciolo duro" delle persone in cura o di cui ci si cura. L'impegno per queste persone, attualmente, satura gran parte delle risorse delle unità di offerta e ne caratterizza i margini di azione, l'organizzazione e l'immagine pubblica. Ciò ha permesso ad un gran numero di tossicodipendenti di sottrarsi alla loro situazione o, almeno di avere una qualità di vita accettabile riducendo, tra l'altro, l'incidenza o l'impatto di patologie gravi.

L'attuale sistema di intervento, fondamentalmente, è caratterizzato dall'esistenza di servizi per le tossicodipendenze territoriali, Ser.T (soprattutto a gestione pubblica), e comunità terapeutiche (soprattutto a gestione privata no-profit). Attorno a tutto ciò ruotano una serie di iniziative di diverso tipo (es. centri ascolto, unità di strada, volontariato ecc.) e di modelli organizzativi locali che, comunque, collegandosi in posizione satellite all'insieme, non ne cambiano il significato, la funzione ed il campo di azione complessivo. La rete dell'intervento (pubblico – privato sociale), in questi anni, è andata migliorando le interazioni ed i rapporti interni. Molti antagonismi tra le diverse componenti sono stati superati o ridotti, i modelli operativi sono stati perfezionati. In questo momento può essere definita una rete sinergica. Il fatto che gli eroinomani, anche in trattamento sostitutivo, incominciassero ad abusare di cocaina o di alcol ha portato allo sviluppo di una serie di competenze specifiche ulteriori che, all'interno dei modelli organizzativi originari, permettevano di rivolgersi anche ad alcolisti o cocainomani. Sono state costruite equipe dedicate a problemi specifici o vere e proprie strutture con setting differenziati. Ciò non toglie, tuttavia, che ci troviamo di fronte ad una rete di intervento che, essendo focalizzata principalmente su un aspetto dei fenomeni di abuso di sostanze (la tossicodipendenza da eroina), tenta di ampliare per quanto possibile la sua offerta e la tipologia delle sue prestazioni. Riesce così ad interfacciare con efficacia soprattutto persone che presentano problemi simili a quelli tipici della clientela originaria. Deve, tuttavia, affrontare sempre di più disturbi di tipo psichiatrico resi evidenti o provocati direttamente dall'uso di psicostimolanti o comunque, da droghe non oppiacee.

La scelta verso cui sembrano tendere i diversi programmatori locali è quella di mantenere lo status quo cercando di specializzare, in parte, alcuni settori del sistema (es. Comunità Doppia Diagnosi) oppure non ostacolando alcune sperimentazioni che cercano di trasferire le competenze acquisite su altre forme di dipendenze patologiche (es. gioco d'azzardo, dipendenza da internet, disturbi alimentari) oppure, ancora, dedicando parte dei fondi aggiuntivi o delle risorse ordinarie allo sviluppo di attività di interfaccia dedicate a particolari categorie (es. frequentatori di discoteche, segnalati alla Prefettura, processati per direttissima, segnalati alle Commissioni Patenti, emarginati gravi, pazienti "doppia diagnosi"). Ciò che viene tutelato, principalmente, tuttavia, continua ad essere l'intervento sul tossicomane specialmente quando prossimo alla devianza o all'emarginazione oppure ciò che concerne gli adempimenti di tipo penale e/o amministrativo mentre la parte minoritaria delle risorse disponibili è dedicata ad altri tipi di interventi e di tipologie di persone. I Servizi territoriali rimangono "Servizi per le TOSSICODIPENDENZE" ed il sistema nel suo complesso rimane un sistema a sé, in una posizione marginale, isolata sia dal sistema della cura vero e proprio che da quello dell'assistenza, se non in casi particolari.

Valutando anche le diverse forme di abuso e di possibile dipendenza da sostanze non considerate droghe in senso stretto (alcohol, tabacco, farmaci, sostanze dopanti e similari) e considerando l'evoluzione del mercato della droga che, come abbiamo visto, si rivolge ad un pubblico decisamente più ampio, possiamo dire che, attualmente, il nostro investimento in questo settore riguarda soprattutto una parte minore e cioè la forma di dipendenza da droga illecita che in passato ha provocato i maggiori problemi sociali. La capacità dell'attuale sistema di intervento di farsi carico e di contenere una serie di situazioni complesse, esplose dopo gli anni '70, connesse alla diffusione di eroina ed a quanto ne è derivato in termini di patologia, emarginazione sociale e microcriminalità, ha prodotto una situazione paradossale di stallo. Il sistema di intervento, essendo stato costituito per rispondere ad emergenze ormai concluse, rimane in bilico tra "lo speciale" e "l'ordinario" senza riuscire a trovare un corretto dimensionamento in una delle due situazioni.

Il rischio di questa situazione di stallo è che, in un periodo in cui le risorse sono scarse, siano dichiarati obiettivi molto ampi ma in realtà, naturalmente e quasi automaticamente, sia accettata a diversi livelli una restrizione del campo di azione con una scelta involutiva per il sistema di intervento che, gradualmente, verrebbe ed essere polarizzato soprattutto su funzioni di controllo "obbligatorie" e a basso costo. La questione che potrebbe porsi è se questo tipo di scelta sia funzionale alle attuali e future esigenze del nostro Paese visto che, nelle sue estreme conseguenze, ci priverebbe di qualunque "azione antidroga" organizzata che non sia repressiva. Sapendo che l'azione repressiva può avere qualche incidenza soprattutto sul traffico di sostanze illecite, la restrizione del campo di intervento non repressivo oppure il mantenimento di una fase di stallo in corrispondenza della crescita e della già descritta diversificazione del mercato illecito rappresenta un errore da evitare. Analogamente è sbagliato, in termini di prevenire, curare e prendersi cura dare scarsa attenzione a fenomeni di abuso e di dipendenza collegati ad alcohol, tabacco, farmaci, sostanze dopanti e similari in quanto oggi, da soli, sono probabilmente in grado di provocare danni alla salute e conseguenti costi sociali forse più alti rispetto a ciò che viene considerato "droga" in senso classico.

La soluzione di questo problema è nella capacità di riportare il sistema al di fuori da una situazione in cui rimane in bilico tra "lo speciale" e "l'ordinario" scegliendo la soluzione più naturale: l'ordinario. Si tratta di una scelta obbligata e di una necessità.

## **Dove arrivare e come incominciare**

Rileggendo la tabella che definisce il GAP esistente tra il sistema di intervento ed il mercato della droga possiamo ricavare alcuni punti di arrivo "obbligati" per il nostro sistema di intervento che dovrà essere rimodulato in modo da:

- 1. essere presente per intervenire in modo esperto al manifestarsi di situazioni critiche inerenti il consumo e l'abuso di sostanze*
- 2. essere flessibile per adattarsi alle diverse esigenze di potenziali utenti molto diversi tra loro favorendone l'accesso*
- 3. garantire una offerta variegata di programmi ed operare in modo che questi siano conosciuti anche per la loro efficacia investendo maggiormente sulla qualità dei processi terapeutici educativi e riabilitativi (e sui risultati) piuttosto che sulla quantità delle prestazioni*
- 4. essere compatibile con le esigenze del territorio*
- 5. garantire una grande riservatezza*
- 6. avere costi sostenibili per collettività*

I sei punti di arrivo descritti sono, tuttavia, raggiungibili solo con uno sforzo culturale, formativo, organizzativo, operativo, normativo e finanziario che deve essere opportunamente strutturato in quanto prevedono, la costruzione di un sistema di intervento di nuova generazione. La cosa sarà realizzabile con tempi e investimenti accettabili se verranno tenuti presenti alcuni elementi:

1. molte competenze, strutture, culture operative e materiali necessari per realizzare una nuova architettura di sistema sono già presenti: il problema riguarda solo come utilizzarli al meglio
2. il nostro attuale sistema di intervento è tra i più avanzati nel mondo in quanto non solo ha un livello qualitativo più che discreto ma è anche diffuso territorialmente ed accessibile: partiamo, quindi, avvantaggiati
3. purtroppo il nostro sistema di intervento o non è conosciuto o non ha una buona immagine anche per la poca cura posta in questi anni a livello di comunicazione ma anche a causa della costruzione di servizi territoriali poco compatibili con il territorio di cui avrebbero dovuto far parte
4. la riorganizzazione del “sistema Stato” verso una maggior autonomia Regionale ha indebolito i meccanismi di connessione centro-periferia; contemporaneamente e paradossalmente anche i livelli di governo locale del sistema sembrano indebolirsi anziché rafforzarsi

## **Azione numero 1**

### **Rafforzare i canali di comunicazione ed i punti di governo della rete**

Se consideriamo la complessità del problema su cui si vuole intervenire e la necessità di fornire risposte differenziate, la soluzione migliore potrebbe essere quella di costituire delle reti locali il più possibile in grado di fornire risposte congruenti con le esigenze e le risorse del territorio su cui intervengono. Queste reti, dovrebbero, a loro volta, interagire con altre in modo programmato nel caso di una reale impossibilità di risposta locale adatta ai bisogni. Si tratterebbe pertanto di costruire un sistema di reti in interazione tra loro: non una singola rete. Tutto ciò è possibile se ogni rete è governata e se è governato il sistema di interconnessione tra le reti. Pensare che tutto ciò avvenga spontaneamente è stato un errore costantemente perpetrato in questi anni dove, all’auspicio di lavoro in rete, non corrispondeva l’impegno di governare e programmare la rete stessa. La Rete Locale di base dovrebbe essere costituita sul territorio di ogni singola Azienda Sanitaria. Le reti di questo tipo dovrebbero interagire tra loro in una Rete Regionale e le reti regionali, a loro volta, dovrebbero essere interconnesse in una Rete Nazionale. A livello Locale, Regionale e Nazionale un sistema di governo partecipato di tipo Dipartimentale è la miglior soluzione per gestire l’interazione tra Enti ed Organizzazioni diverse e collaborare alla costruzione di strategie univoche, sebbene declinate diversamente nel rispetto delle logiche e dei bisogni di territori determinati. Ciascun livello Dipartimentale dovrebbe essere dotato dell’autonomia necessaria non solo per auspicare azioni ed interazioni ma anche per gestirle, normarle e sostenerle finanziariamente. Anche i Dipartimenti, come punti di controllo, programmazione e gestione della rete dovrebbero essere sottoposti a standard minimi relativi alle risorse ed al funzionamento e dovrebbero essere certificati ed accreditati. E’ quindi corretto che il Dipartimento Nazionale si collochi a livello della Presidenza del Consiglio, sia dotato di un proprio budget e possa controllare gli indirizzi relativi all’utilizzo di fondi nazionali ma, analogamente, ciò dovrebbe avvenire a livello Regionale e locale con l’istituzione, rispettivamente di Direzioni generali e Dipartimenti gestionali ad hoc.

L’azione programmatica potrebbe svolgersi secondo accordi Stato – Regioni sviluppati in progetti obiettivi triennali che, a livello nazionale, potrebbero temporalmente corrispondere con la cadenza della Conferenza triennale. Particolare attenzione dovrà essere data alla costruzione di “dorsali” di

comunicazione e di elaborazione relative all'osservazione dei fenomeni di dipendenza ed abuso di sostanze (non limitandosi a quelle illecite!); alla previsione della loro evoluzione a fini programmatici; alla risposta rapida a particolari situazioni di allerta; alla verifica della qualità e dell'efficacia della risposta; alla programmazione economico finanziaria.

## **Azione numero 2**

### **Rafforzare la specializzazione dei professionisti del settore**

Lavorando in questo ambito è come se ci si trovasse di fronte ad una serie di campi alcuni dei quali in rapida mutazione, altri più stabili, altri confluenti tra loro in modo impreveduto o imprevedibile. Il riferimento a discipline di provenienza più classiche tende a far sì che il sistema nel suo complesso si muova su tempi evolutivi più lenti di come sarebbe necessario ma ciò non è indice di stabilità o di saggezza. Si tratta, invece, di un costante ritardo di adattamento alle reali esigenze. Inoltre se il sistema deve essere generalista e non esperto, se non può avvalersi in modo equilibrato di diversi saperi e discipline non è un sistema terapeutico - riabilitativo e nemmeno un sistema educativo o preventivo: è un contenitore e basta.

L'adeguamento del sistema ad esigenze più ampie passa, pertanto, attraverso una sua maggior qualificazione e specializzazione. Ma non è possibile valorizzare l'esperienza tecnica, professionale e scientifica senza un luogo dove possa essere letta, perfezionata, tramandata mediante insegnamento e se non nasce una Scuola in grado di formare i diversi livelli del sistema in modo coerente e di raccogliere l'esperienza perfezionandola con la ricerca, ritrasmettendola elaborata e costituendone la memoria storica. A livello formativo, sia per i medici che per gli psicologi, ciò si declina nella definizione scuole di specializzazione ad hoc e nell'inserimento di corsi di base specifici nei corsi di laurea. Per quanto riguarda le altre professionalità, invece, è possibile pensare a scuole di perfezionamento dedicate.

Solo la specializzazione (e la formazione continua) dei professionisti del settore può garantire la capacità necessaria per interagire in modo dinamico ed efficace con fenomeni in rapida mutazione. Attualmente, invece, il sistema è strutturato complessivamente in modo poco flessibile e modulabile. Ciò deriva da tempi ormai passati in cui, dovendosi costruire in modo relativamente rapido una azione finalizzata alla soluzione o al contenimento di problemi specifici con personale inesperto, solo schemi di funzionamento molto definiti e condizionati dalle regole delle strutture di appartenenza potevano garantire risposte adeguate. Si trattava di realizzare programmi individualizzati ma all'interno di un range di scelte possibili molto limitato ed inadeguato alla situazione odierna.

## **Azione numero 3**

### **Studiare una strategia di intervento in modo dettagliato ed applicarla**

La costruzione di sistemi di rete intercomunicanti e governati nonché la specializzazione specifica dei professionisti servono perché, a differenza di altri settori, l'azione "antidroga" in senso più ampio deve essere dotata di una strategia che permetta alle diverse componenti di interagire in modo dinamico e con una certa rapidità. Altri settori necessitano egualmente di azioni programmatiche ma queste possono essere declinate nel tempo in un modo più statico che, comunque, può essere determinato da un numero minore di componenti. Per meglio comprendere

questo concetto basta pensare che, in altri campi del curare, le evoluzioni sono dettate soprattutto dai progressi della scienza in campo diagnostico o terapeutico. La patologia, non essendo connessa direttamente alla evoluzione dei mercati e della società nel suo complesso, è generalmente meno variabile e tende ad interessare in maniera costante i diversi gruppi generazionali e sociali. Allo stesso modo, nel settore del prendersi cura, esiste una certa costanza, fatti salvi eventi eccezionali, nelle situazioni che debbono essere affrontate. Nel campo dell'abuso di sostanze, invece, le evoluzioni sono molto più rapide: basta verificare cosa droga, alcol e doping significavano venti – trenta ma anche dieci anni fa, rispetto ad oggi, per trarne le opportune conseguenze. Il problema è che mentre i quadri problematici cambiano e si evolvono progressivamente, l'organizzazione dell'intervento che ne consegue è relativamente poco elastica e, soprattutto, poco sinergica perché non risponde ad una strategia generale. E', piuttosto, la sommatoria di una serie di decisioni e di modelli operativi molto autocentrati ed auto-verificati che giustapposti tra di loro determinano "l'azione antidroga". Se, apparentemente, questa situazione può anche dare dei vantaggi, nel medio periodo porta a situazioni problematiche: ciascuna organizzazione, infatti, rischia di avvitarsi su sé stessa in azioni singole. Spiegare cos'è una strategia è abbastanza semplice: sapere qual è il punto A; decidere quale dovrà essere il punto B; definire che cosa fare per passare dal punto A al punto B. Se rispetto alla nostra situazione (A), oggi, avessimo già deciso il punto B e come arrivarci, la programmazione delle attività e del funzionamento delle organizzazioni che le realizzano sarebbe molto più semplice. Inoltre i risultati complessivi delle azioni determinate dalla strategia sarebbero verificabili e misurabili. E' all'interno di una strategia complessiva che dovremmo porre gli elementi per la costruzione di un sistema di intervento di nuova generazione.

## **Azione numero 4**

### **Rendere il sistema di intervento più accessibile**

La risposta alla devianza ed alla emarginazione propria dell'eroinomane degli anni '80 – '90 è diventata la costruzione di un "servizio contenitore" posto al centro di un proprio sistema di intervento. Il risultato di questo tipo di concezione è composto da elementi diversi: alcuni positivi, altri negativi. Resta comunque il fatto che il tipo di accessibilità garantito negli anni '70 e '80 era adatto a persone abituate a vivere la loro tossicodipendenza secondo canoni che, poco per volta, sono cambiati anche per gli eroinomani e non sono mai stati tali per altre forme di abuso e dipendenza. D'altra parte i principali tentativi di rendere più accessibile il sistema di intervento hanno, sino ad ora, riguardato soprattutto una parte delle attività dell'Operativa di Strada oppure la possibilità di garantire un accesso diretto alle Comunità Terapeutiche e, cioè, la sua estensione e visibilità a livello del territorio oppure la velocizzazione di procedure di diagnosi e di accoglienza. Poco è stato fatto, invece, per garantire l'interfacciamento diretto del sistema con le situazioni e le problematiche tipiche del suo campo di azione.

Il sistema di intervento, pertanto, rimane generalmente escluso dalla gestione diretta delle situazioni di crisi acuta con il risultato di perdere possibilità di contatto importanti in momenti critici. Questo è un problema specialmente in considerazione del fatto che è in corso l'espansione di fenomeni di uso e abuso di sostanze che non sono connessi necessariamente con una situazione di tossicodipendenza ma che possono generare quadri acuti che necessitano di intervento. E' pertanto da definire una rete di intervento di tipo diverso in grado di interfacciarsi direttamente con altri tipi di sistemi nella gestione di situazioni acute anche producendo offerta di prestazioni diverse dalle attuali. Gli ambiti in cui costruire queste interazioni possono essere individuati nei seguenti **luoghi**:

1. Aziende Ospedaliere: dal Pronto Soccorso per situazioni acute direttamente connesse all'uso o all'abuso di sostanze, al reparto di degenza per il trattamento di queste

situazioni o di altre correlate al trattamento dell'abuso cronico o delle dipendenze vere e proprie. Attività di screening per l'individuazione precoce di patologia o di situazioni di rischio. Attività di interazione diretta e collaborazione con i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e cura. La presenza specializzata da garantirsi in questo ambito racchiude, pertanto, un range di prestazioni dedicate (cliniche – sociali ed educative, compreso il supporto alla famiglia o ai partner) ed in collegamento con il sistema di intervento specifico che potrebbero essere realizzate da equipe miste pubblico - privato sociale presenti in situ o, comunque, attivabili 24 ore su 24.

2. Sistema Penale dal Tribunale alle Carceri sia per attività di supporto, contatto, collaborazione alla costruzione di percorsi alternativi alla carcerazione sia per la cura e/o la continuità della stessa, la PREVENZIONE e lo screening dell'abuso di sostanze e della dipendenza in ambito Carcerario. Anche in questo ambito sono da prevedersi prestazioni dedicate fornite da equipe specializzate e stabili (non da singoli progetti a termine e cronicamente sperimentali). Equipe miste pubblico - privato sociale sono probabilmente da incentivare in quanto in grado di mantenere una diretta interazione con i sistemi territoriali esterni.

## Azione numero 5

### Rendere il sistema territoriale più compatibile con il territorio

Negli anni '70 ed '80 la visibilità del sistema a livello territoriale era quasi automaticamente il sinonimo della sua presenza e, quindi, della sua accessibilità. Oggi esistono diverse condizioni che suggeriscono l'importanza di un sistema conosciuto e raggiungibile ma non necessariamente così visibile e impattante nell'ambito territoriale come quello costituito dagli attuali Ser.T. Meccanismi "obbligatori" di riferimento al Ser.T. di residenza costituiscono, inoltre, ostacoli reali o simbolici per l'accesso al sistema di intervento in modo riservato e "vicino" alle esigenze di chi potrebbe richiederne le prestazioni senza necessariamente dover dichiarare, a chi lo conosce, di essere un tossicomane. E' pertanto necessario pensare ad un sistema di rete territoriale meno polarizzato portando gradualmente il Ser.T verso una dimensione più specialistica di tipo clinico diretta e/o di supporto al Sistema Sanitario con prestazioni rese, di volta in volta, anche in ambiti diversi. Ciò in modo da "detensionare" la struttura stessa per renderla meno impattante a livello territoriale e permetterle di costruire setting, spazi, tempi e modi di intervento più adatti a più ampie tipologie di problematiche. Ciò potrebbe avvenire, tra l'altro, coinvolgendo anche il sistema sanitario nel suo complesso nei processi di cura con particolare riferimento ai trattamenti di durata medio – lunga dove il singolo medico di medicina generale (col riferimento di una struttura specialistica, il Ser.T, appunto) potrebbe monitorare e prescrivere i trattamenti sicuro di un appoggio specialistico così come avviene anche per altre patologie gravi. In questo senso andrebbe anche semplificata la normativa per la gestione dei trattamenti con sostanze sostitutive degli oppiacei assimilandola, nei formalismi, a quanto già definito per la terapia del dolore.

E' anche necessario investire, quando necessario, nella manutenzione e nella ristrutturazione delle sedi e degli arredi e per favorire la fruizione degli spazi circostanti i Servizi diminuendo ed eliminando le occasioni favorevoli agli impatti ambientali negativi con il territorio.

Andrebbe garantita ai cittadini la possibilità di scegliere in modo facilitato la struttura territoriale Ser.T ritenuta più adatta alle loro esigenze, almeno nell'ambito della rete di intervento regionale. All'interno dello stesso Dipartimento Locale, dovrebbe essere garantito l'accesso diretto ed immediato a qualsiasi struttura accreditata con rimando a procedure e protocolli specificamente costituiti per garantire la correttezza dell'approccio diagnostico - terapeutico – riabilitativo anche

con l'eventuale partecipazione di specialisti di strutture diverse (pubbliche e private) alla costruzione dei programmi. A questo proposito potrebbero essere definiti anche programmi clinicizzati residenziali brevi più adeguati alle esigenze di particolari tipologie di utenza. Per produrre economie di scala in grado di garantire i diversi gestori rispetto agli investimenti necessari questi tipi di accessi e di programmi potrebbero essere strutturati anche in ambiti interdipartimentali.

Per aumentare l'accessibilità al sistema andrebbe prevista anche la possibilità di accreditamento di professionisti singoli con precisi vincoli di interazione con il sistema locale, di adesione ai protocolli ed ai programmi Dipartimentali e con una formazione specialistica definita e specifica e l'obbligo di aggiornamento continuo sulla materia.

Anche per quanto riguarda l'ambito del prendersi cura vale quanto già concettualmente definito per l'ambito del curare. Se è, ormai, impensabile una risposta terapeutica clinicamente adeguata senza il coinvolgimento del sistema sanitario nel suo complesso anche con la presenza degli operatori specializzati, parte del sistema delle dipendenze, all'interno di strutture dedicate alla emergenza o alla degenza è impensabile una risposta riabilitativa o risocializzante interna solo al sistema delle dipendenze e avulsa dalla interazione con altri sistemi dedicati.

Complessivamente si tratta di adattare l'organizzazione, le strutture e le professionalità alla costruzione di programmi dedicati compatibili con le esigenze locali dimensionandoli correttamente anche in base alle risorse disponibili per garantire gli investimenti. La programmazione e la gestione di rete Dipartimentale sarebbero indirizzate a superare il concetto che il trattamento, per essere multidisciplinare ed eseguito secondo buone prassi, debba svolgersi necessariamente in una unica sede con professionisti pagati dalla medesima azienda. Ciò significherebbe anche trasferire il concetto di multidisciplinarietà e di programma di trattamento alla rete locale ed alle sue interazioni privilegiando programmi specifici molto definiti negli obiettivi strutturabili, rimodulabili e collegabili tra loro rapidamente con una verifica diretta dei risultati e della compliance. Anche per questo motivo al punto 1 di questa trattazione è stato posto il tema del rafforzamento dei canali di comunicazione e dei punti di governo della rete che dovrebbero anche provvedere all'interazione con le risorse e le offerte esterne al sistema. Questa interazione dovrà essere garantita istituzionalmente garantendo la partecipazione degli Enti Locali alla decisionalità dei Dipartimenti e, viceversa, garantendo l'apporto tecnico dei Dipartimenti alla decisionalità degli Enti Locali.

## **Azione numero 6**

### **Occuparsi di tutte le dipendenze e di tutti i fenomeni di abuso di sostanze lecite ed illecite**

E' necessario occuparsi in senso ampio di tutte le dipendenze e di tutti i fenomeni di abuso da sostanze lecite ed illecite superando la divisione di competenze ancora in atto sin dal livello Ministeriale tra sostanze illecite e lecite. Favorire, accreditare ed inserire nelle reti di intervento Dipartimentali TUTTE le unità di offerta attualmente operanti nel settore favorendone l'interazione, lo scambio di esperienze e valorizzandone la specificità ed i modelli operativi all'interno di una azione programmata complessiva. Evitare, fatte salve particolari sperimentazioni, il funzionamento parallelo al sistema di unità di offerta non accreditate e "non previste" come parti del sistema a livello programmatico specifico ma egualmente finanziate con denaro pubblico (es. Fondo Sanitario Nazionale – Fondi degli Enti Locali).

## **Azione numero 7**

### **Costruire una diversa immagine del sistema nel suo complesso.**

Aumentare il valore simbolico di rete al servizio dei cittadini costruita per risolvere problemi; comunicarne la strategia; farne conoscere i punti di accesso; valorizzarne il significato come rete presente ma non necessariamente visibile è un processo comunicativo necessario per aumentare l'accessibilità del sistema che, ancora, nella maggior parte dei casi non è conosciuto dai cittadini.

E' necessario aumentare l'informazione per i cittadini anche rispetto ai rischi connessi con l'abuso di sostanze lecite e di farmaci. E' inoltre opportuno favorire le consultazioni e le interazioni con il sistema di intervento da parte della popolazione generale, così come avviene in occasione di screening per altre patologie (es. ipertensione, disturbi della vista, patologie dentarie).

Questo processo comunicativo, che dovrà avvenire contestualmente alla realizzazione delle altre azioni descritte in questo documento, dovrà essere in grado anche di far comprendere la possibile valenza preventiva, consulenziale e supportiva del sistema nelle sue diverse componenti.

In questo senso, probabilmente, dovrà anche essere esaminata la questione dei nomi delle diverse componenti del sistema di intervento che, costantemente, richiamano il concetto di TOSSICODIPENDENZA anche a persone che non si considerano o non sono tossicodipendenti.

Si tratta di spostare complessivamente ciò che collega il sistema a concetti di malattia – devianza morte – riabilitazione intesa come rieducazione a concetti di salute - benessere – mantenimento del benessere - indipendenza.

## **Azione numero 8**

### **Costruire un meccanismo di partecipazione alla spesa**

Appare sensato costruire un meccanismo di partecipazione alla spesa analogo a quello predisposto per l'intervento su altre patologie almeno per una parte delle prestazioni fornite dal sistema. Ciò potrebbe migliorare le azioni di supporto a favore dei cittadini meno dotati di risorse.

Un meccanismo di partecipazione alla spesa potrebbe anche essere individuato nel favorire la nascita di attività libero – professionali intra ed extra moenia di settore vincolandole, tuttavia, a procedure di accreditamento e di verifica e rendendole parte del complessivo sistema di intervento locale come una opzione possibile per situazioni determinate.

## **Azione numero 9**

### **Costruire un sistema di intervento europeo**

Attualmente in Europa sono previste azioni comuni sulle politiche, sulle azioni repressive, sulla osservazione dei fenomeni e sulla costruzione di linee guida ma possono esistere seri problemi per le persone nel continuare il trattamento prescritto quando decidono, per un qualunque motivo, di recarsi temporaneamente in un altro Paese. E', inoltre, complicato o impossibile, per un cittadino Europeo, scegliere di farsi curare in una Unità di Offerta di un altro Paese, mantenendo le garanzie di assicurative previste dalla propria assistenza sanitaria o sociale. Tutto ciò significa che i cittadini europei, in questo campo, hanno diritti molto diversi tra loro. D'altra parte è anche vero che la

costruzione di una Europa Unita anche nei servizi alla cittadinanza è un processo lungo e difficile. Il nostro Paese, che è stato in grado di realizzare uno dei sistemi di intervento più vicino, anche territorialmente ai bisogni dei cittadini, potrebbe farsi promotore della costruzione di un sistema di intervento europeo basato sullo scambio di esperienze operative, su una serie di livelli minimi di assistenza garantiti, sulla possibilità di avere supporto nella prosecuzione dei trattamenti in corso anche trasferendosi o transitando in altri Paesi e sulla messa in rete delle risorse complessive. In questo senso, il nostro Paese potrebbe mettere a disposizione non solo esperienza, modelli organizzativi e capacità formative ma anche possibilità di trattamento in regime di convenzione internazionale.

## **Conclusioni**

**Per adeguare l'attuale sistema di intervento ai nuovi consumi è richiesto un profondo cambiamento culturale nell'approccio alla questione. E' importante comprendere che si tratta di un processo complesso perché deve coinvolgere contemporaneamente diversi interlocutori a diversi livelli. Pertanto deve essere supportato anche da un sistema programmatico, regolatorio e di gestione delle reti di intervento efficace e partecipato. Esistono una serie di azioni che debbono essere attivate per realizzare il cambiamento ma sono realisticamente affrontabili senza richiedere investimenti improponibili. L'esperienza intrinseca già in possesso del sistema italiano può essere di grande supporto alla elaborazione di strategie di cui, in questo momento, siamo carenti. L'apertura del nostro sistema ad altri sistemi sanitari e sociali del Paese e l'interazione con essi è vista come un arricchimento a favore dei cittadini. La proposta di realizzazione di un sistema di intervento europeo contribuisce a dare un respiro più ampio al necessario cambiamento strutturando un corretto dimensionamento prospettico all'azione.**

**A cura di  
Riccardo C. Gatti**

[gatti@droga.net](mailto:gatti@droga.net)